ROK X. LIPIEC 1930. Nr 7 (91)

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

MIESIĘCZNIK

PROF. DR. MED. H. WILGA

Kierownik Kliniki Dentystyki Zachowawczej Państ. Inst. Dentystycznego.

Leczenie zębów z miazgą w stanie zgorzelinowego lub ropnego rozpadu.

(Traitement des dents qui contiennent la pulpe nécrotique ou purulente).

Metody leczenia zębów, w których miazga z tego lub innego powodu została zainfekowana i uległa już zgorzeli lub ropnemu rozpadowi, oddawna zaliczały się do najważniejszych działów dentystyki. Zastosowanie tych metod w życiu praktycznem stanowiło $^2/_3$ codziennej, powszedniej pracy każdego lekarza - dentysty, dążącego do zachowania uzębienia swoich pacjentów.

Z chwilą zaś, gdy sprawa zakażenia ustnego, zawierająca w sobie pojęcie zakażenia zębowego, stanęła na porządku dziennym, zagadnienia leczenia i wypełnienia korzeni zakażonych uzyskały pierwszorzędne znaczenie i wysunęły się na pierwsze miejsce w stomatologji.

Prace Huntera, cenne wyniki eksperymentalnych prac Rosenowa nad zwierzętami, doniosłe kliniczne spostrzeżenia Billinga i innych uczonych — wywołały wielkie wrażenie w świecie lekarskim, szczególnie zaś między stomatologami amerykańskimi. Wśród tych ostatnich powstał nawet kierunek radykalny, nieuznający możliwości leczenia zębów zakażonych i zębów pozbawionych miazgi, a polecający bezwzględnie ich usuwanie.

Wkrótce jednak ten kierunek krańcowy, nieoparty na poważnych podstawach naukowych, wywołał słuszną reakcję, dążącą z jednej

strony do obalenia go, a z drugiej strony do zrewidowania wszystkich dotychczasowych sposobów leczenia korzeni zakażonych, do ulepszenia tych sposobów, względnie wynalezienia nowych, lepszych.

Jeżeli bowiem uważano dawniej, że najgorszem następstwem złego leczenia i wypełniania przewodów zakażonych może być utrata zęba, to przy dziesiejszych naszych pojęciach o zakażeniu ustnem ma to daleko większe znaczenie, bo zagraża zdrowiu, a czasem i życiu pacjenta.

Nic więc dziwnego, że z powodu doniosłego znaczenia tej sprawy wyłoniło się odrębne zagadnienie traktowania zębów zakażonych z miazgą w stanie rozpadu zgorzelinowego, czy ropnego, i zębów bezmiazgowych oraz zagadnienie możliwości ponownego zakażenia korzeni takich zębów (reinfectio) i roli ich w patologji specjalnej i ogólnej.

Zagadnienia te zainteresowały wielu stomatologów, którzy poświęcili mu mnóstwo badań klinicznych i doświadczeń laboratoryjnych.

Wkrótce powstała w tej kwestji ogromna literatura, która powiększa się wciąż i nadal.

Widzimy więc z powyższego, że problemat tak wielkiej wagi nie znalazł jeszcze swego rozwiązania i że nad jego rozwiązaniem myśl lekarska nadal pracuje.

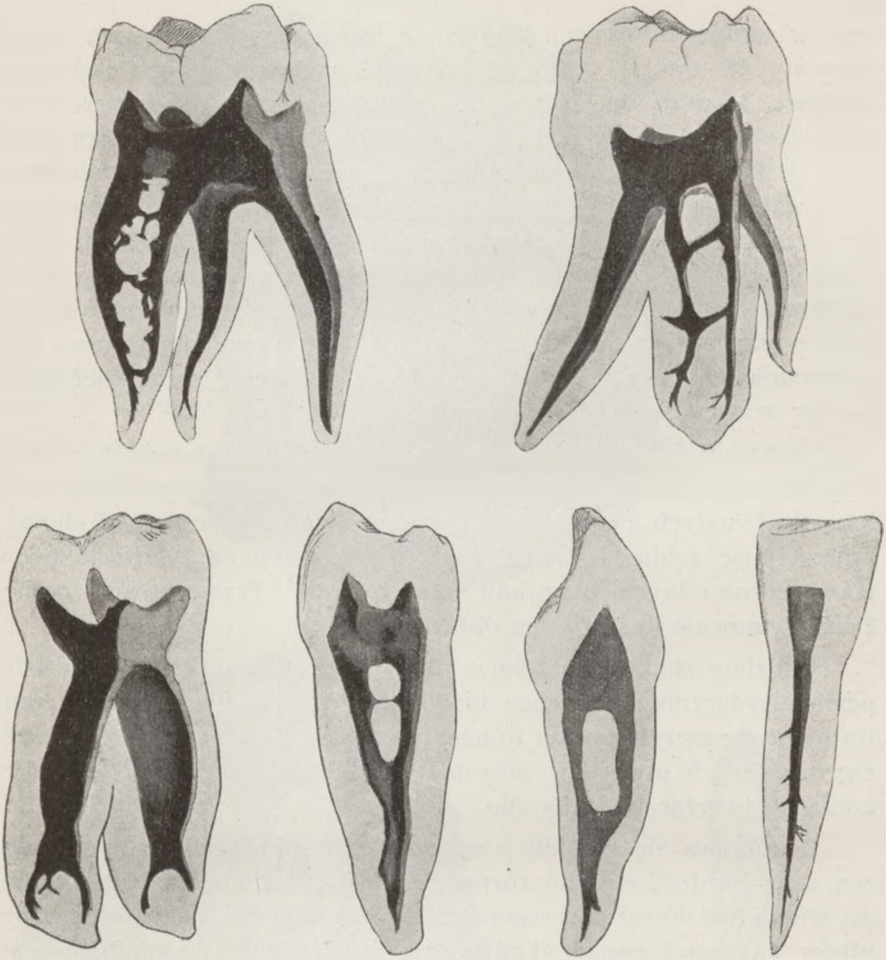
Dokładne zbadanie przyczyn ponownego zakażenia (reinfectio) uprzednio leczonych zębów rzuci światło na istotną drogę, którą winno iść leczenie zakażonych korzeni zębowych.

Do wyjaśnienia tego zagadnienia znacznie przyczyniły się prace Preiswerka, Fischera, Römera, Köllikera, Prinza, Abrikosowa, Kantorowicza i innych.

Najmniej może być tu wzięte pod uwagę dość rzadkie wkroczenie infekcji do przewodu ze strony komory koronowej, która izolowana jest odpowiednią plombą, lub ze strony szczytu korzenia drogą krwiobiegu, czy też drogą ozębnej w stanie ropnego zapalenia, posuwającego się od strony szyjki zęba.

Pozostaje więc największa możliwość ponownego zakażenia korzeni zębowych z powodu obecności w nich drobnoustrojów, które zachowały swoją żywotność mimo stosowania środków wyjaławiających.

Drobnoustroje te mogą zachować się w licznych drobnych rozgałęzieniach przyszczytowych przewodu zęba oraz w olbrzymiej ilości



Rys. 1. (Podług Preiswerka). U góry przedstawione są 2 górne trzonowce, które posiadają zwiększoną ilość przewodów oraz przecznice (anastomozy) między temi ostatniemi. Niektóre przewody mają u szczytu rozgałęzienia.

W drugim rzędzie: ostatnie 3 jednokorzeniowe zęby odbiegają od normy. Dwa z nich posiadają w pierwszej połowie korzenia po 2 przewody, które potem łączą się w jeden. Trzeci jednokorzeniowy ząb (ostatni) ma liczne boczne rozgałęzienia.

kanalików zębinowych ścian przewodu, gdzie szczególnie drobnoustroje mają dobre schronienie od działania środków odkażających.

Już Preiswerk, dzięki swoim badaniom kształtu jam zębowych przy pomocy łatwotopliwego metalu, stwierdził, że istotny obraz przewodów korzeniowych zębów prawie zawsze odbiega daleko od obrazu, poda-

nego w anatomji opisowej. Widzimy z tych prac, jak świadczy przedstawiony tu rys. 1, że ilość przewodów korzeniowych często się zwiększa, że mają one różnorodne rozgałęzienia, że często przewody, rozdzielone podłużną ścianą, posiadają jeszcze poprzeczne łączące je kanaliki, że u szczytu korzeni przewody ponownie widłowato rozgałęziają się, wskutek czego przewód kończy się d w o m a, t r z e m a i w i ę c e j o t w o r a m i p r z y s z c z y t o w e m i. Późniejsze (1908 r. i później) prace G. Fischera nad anatomją przewodów korzeni nietylko potwierdziły badania Preiswerka, lecz wykazały jeszcze przy pomocy korozyjnych preparatów, otrzymanych drogą wyparowania celuloidu w acetonie, wielką różnorodność rozgałęzień przewodów w części przywierzchołkowej.

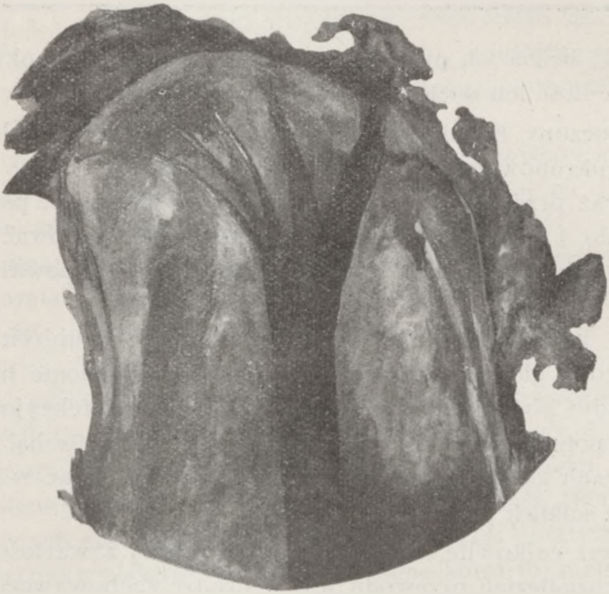
Na zasadzie tych badań Fischer stwierdził, że u dorosłych w 90% wypadków przewody w części przyszczytowej rozdzielają się na większą ilość małych gałązek, w których miazga, idąc w postaci choinki i przebijając zębinę i cement, wychodzi z korzenia zębowego przez szereg różnorodnych otworków szczytowych. Przedstawione ryciny 2 i 3 wymownie ilustrują ten obraz.

Widzimy stąd, że miazga w okolicy szczytu znajduje się w bezpośredniej łączności z ozębną nietylko w jednym punkcie przez centralny otwór szczytowy, jak to niegdyś sądzono, lecz również przez szereg mniejszych otworków innych, rozrzuconych w szczytowej części korzenia, tworząc tu jakby sito.

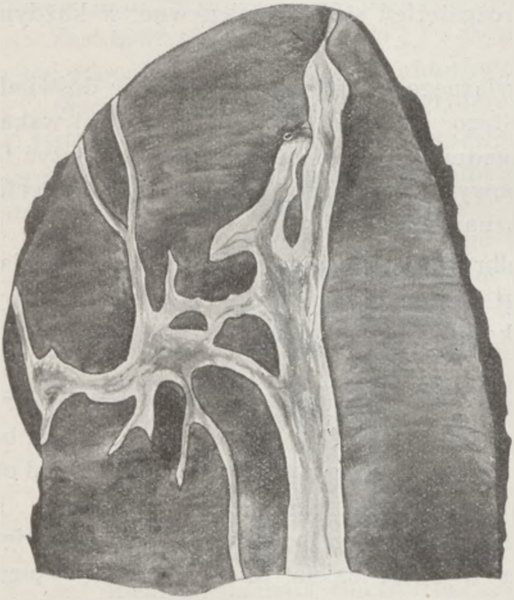
Znajdująca się w tych rozgałęzieniach zainfekowana żywa miazga, a tembardziej w stanie rozpadu czyto zgorzelinowego, czyto ropnego, winna być doszczętnie usunięta. Jest to niezbędne dla dodatnich wyników następnej naszej akcji celem wyjałowienia tej okolicy jamy zębowej.

Ponieważ jednak doszczętne usunięcie zawartości z owych przyszczytowych rozgałęzień korzeniowych jest niemożliwe dzisiejszemi naszemi narzędziami, to i wyjałowienie tej okolicy jest wątpliwe.

Utrudniają także wyjałowienie przewodów kanaliki zębinowe. Szereg autorów, jak Kantorowicz, Abrikosow, Römer, T. Hartzell i inni stwierdzili, że drobnoustroje chorobotwórcze z łatwością przenikają wgłąb zębiny przez kanaliki, znajdując tam schronisko i dobre warunki rozwoju. Ponieważ sieć takich kanalików jest obszerna, stanowią one poważne ognisko zakaźne. Römer naliczył takich przewodzików na granicy zębiny i szkliwa 14,700 na milimetr

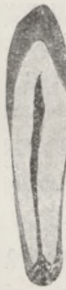


Rys. 2.



Rys. 2.

Rys. 2 (Podług Fischera) przedstawiają rozmaite formy rozgałęzienia przewodu w przyszczytowej jego okolicy.



Rys. 3. (Podług Fischera). Przedstawia rozgałęzienie miazgi u szczytu korzenia w postaci choinki. Wskutek tego miazga wychodzi z przewodu nietylko przez główny otwór szczytowy, lecz jeszcze przez szereg mniejszych otworków, przedziurawiających szczyt korzenia w formie sita.

kwadratowy; liczba ich powiększa się stopniowo w kierunku jamy zębowej, gdzie ilość ich dochodzi do 37,600 mm. kw.

Drugi uczony Kölliker twierdzi, że światło tych kanalików sięga od 1 do 5 mikronów.

Ponieważ przeciętna średnica drobnoustroju, naprz. paciorkowca, wynosi około 1 mikronu, mogą one z łatwością wędrować w kanalikach wgłąb zębiny i tam osiedlać się na stałe, tworząc poważne ognisko zakaźne.

Wobec powyższego widzimy, że doszczętne usunięcie rozpadłej miazgi tylko z głównego przewodu i jego wyjałowienie będą niedostateczne, gdyż pozostają jeszcze obszerne ogniska infekcyjne w owych kanalikach poprzecznych, łączących przewody między sobą, w licznych rozgałęzieniach głównego przewodu u jego szczytu, oraz w kanalikach zębinowych ścianek przewodu.

Ponieważ całkowite usunięcie zainfekowanej zawartości ze wspomnianych rozgałęzień przewodu jest w drodze zachowawczej technicznie niewykonalne, to i radykalne wyjałowienie przewodu, szczególnie okolicy przyszczytowej jego rozgałęzień staje się niepewne, w każdym razie jest ono bardzo trudne.

Przed wypowiedzeniem własnego, opartego na podstawie doświadczeń osobistych zdania co do tego, jaka metoda, najbardziej jest wskazana dla rozwiązania tego zagadnienia, muszę uprzednio rozpatrzyć te sposoby leczenia korzeni zębowych z rozpadłą miazgą, które dotychczas cieszą się największem uznaniem.

Przegląd jednak całej olbrzymiej literatury danego zagadnienia, nawet w tym zakresie, nie jest mojem zadaniem; taki przegląd mógłby być przedmiotem bardzo ciekawej i cennej pracy o charakterze monografji.

Przechodzę zatem do rozpatrzenia najbardziej znanych sposobów leczenia korzeni zgorzelinowych i korzeni z rozpadłą miazgą w dobie dawniejszej, jak też i obecnej.

Na leczenie zębów zgorzelinowych zaczęto właściwie zwracać większą uwagę od chwili wyjścia w świat dzieła A. Witzla — jego Compendium w 1886 r. Do tego czasu leczenie korzeni zgorzelinowych, również jak zapalenie miazgi, leczono bez żadnego systemu — empirycznie. Przeważnie takie zęby usuwano. Od tej daty należy uważać, że zębolecznictwo wstąpiło na drogę naukową.

W i t z e l zastosował do sterylizacji przewodów zębowych przy zgorzeli 20°/₀ spirytusowy rozczyn sublimatu: (Sublim. corros 10,0; Acidi Phenylici 5,0) Aq. Menthae pip. 12,5; Spiriti vini rectif. 37,5. M. D. S. 20°/₀ rozczyn spirytusowy sublimatu).

Masy zgorzelinowe usuwano z przewodów; przewody kilkakrotnie przemywano przy pomocy watki, cienko nawiniętej na gładką igłę, zmoczonej w 20°/₀ rozczynie spirytusowym sublimatu.

Po ostatniem przemyciu przewód osuszano gorącem powietrzem. Spirytus ulatniał się, cząstki sublimatu pokrywały ścianki przewodów. Następnie do przewodów wprowadzano sublimatowo - cementową pastę.

Wyniki takiego leczenia były dodatnie, o ile zawartości kanałów korzeniowych nie były przepchnięte za otwór szczytowy. Ujemną stroną tego sposobu było to, że następowało zabarwienie zęba.

W następnym po Witzlu okresie (w latach około 1890 r.) poszukiwania nowych sposobów leczenia zgorzeli miazgi poszły w 2 kierunkach: w kierunku elektrolitycznym—zwolennikami tej metody są: Godon, Kirschner, Breuer, Zierler, Hoffendhal i Peter — oraz w kierunku chemicznym: Schreier, Kirk, Schreiter, później Miller i inni.

Zastosowanie e l e k t r o l i z y przy leczeniu zgorzeli, zgodnie z twierdzeniem wspomnianych autorów, dawało dobre rezultaty.

Peter na mocy własnych doświadczeń, w swojej pracy, ogłoszonej w 1905 r. o elektro - sterylizacji przewodów zgorzelinowych, nie różniących się naogół ze spostrzeżeniami innych ówczesnych autorów, przyszedł do następujących wniosków:

1. Znaczenie prądu elektrycznego przy leczeniu zgorzelinowych przewodów zawiera się jedynie w elektrolizie. Bakterjobójcze działanie prądu równe jest 0, o ile jony nie będą wolne.
2. Działanie elektrolizy, a zatem i znaczenie dezynfekujące, jest tem silniejsze, im silniejszy jest prąd elektryczny i im większa koncentracja elektrolitu.
3. Trzydzieści jednostek (mill - amper - minut) wystarczy dla wyjałowienia przewodu przy zastosowaniu rozczynu soli kuchennej (otrzymuje się przytem: chlor, tlen i kwas solny).
4. Niedrożność przewodów korzeniowych nie jest przeciwwskazaniem do leczenia elektrolizą.
5. Rozczyn soli kuchennej jest odpowiednim elektrolitem. Przyjęto, że ciało, ulegające rozkładowi pod wpływem działania na niego prądu galwanicznego nazywa się — elektroli-

tem. Rozkład tą drogą następujący nazywa się — elektrolizą, a produkty rozkładu — jonami. To, co się wydziela na anodzie, nazwano — anionem, co się wydziela na katodzie — kationem.

Sposób elektrolizacji przewodów korzeniowych w pracy Petera, a szczególnie w pracy Hoffendhala, ogłoszonej w tymże czasie, otrzymuje już naukowe podstawy. Hoffendhal przedstawił wyniki swoich prac na IV Międzynarodowym Kongresie w Ameryce w St. Louis w 1904 r. W dyskusji, która rozwinęła się po wykładzie Hoffendhala, zdania podzieliły się. Jedni zwracali uwagę, że prąd elektryczny, zabijając drobnoustroje w przewodach korzeniowych, może zabić i komórki tkanek, otaczających ząb; następnie, że przy zastosowaniu tego sposobu bywają dość często bardzo silne i długotrwałe (do 24 godzin) bóle.

Inni znów zachwalali sposób, gdyż w jedno posiedzenie osiągano to, co często otrzymywano przy innych metodach leczenia dopiero po kilku tygodniach, a nawet miesiącach.

Jak wiadomo, tego rodzaju sposoby nie znalazły szerokiego zastosowania w praktyce codziennej.

Co się tyczy kierunku chemicznego, to nowe drogi w tym zakresie pierwszy wskazuje Schreier, który w 1892 r. poleca stosować metal potas *(K) i metal sód (Na)*. Środki te, łącząc się z wodą mas zgorzelinowych, dają

$$K + H_2O = \frac{KOH + H}{\text{Wodorotlenek potasu} + \text{wodór.}}$$

$$Na + H_2O = \frac{NaOH + H}{\text{Wodorotlenek sodu (Soda żrąca)} + \text{Wodór.}}$$

Wodór spala się i powoduje mały wybuch, dzięki czemu część zawartości przewodu zostaje wyrzucona.

Wodorotlenek sodu i wodorotlenek potasu działają, jak silne alkalja; wprowadzone do przewodu na igle, zmydlają tłuszcz mas zgorzelinowych, rozpuszczają organiczne części, zabijają drobnoustroje oraz ułatwiają w ten sposób usunięcie z przewodów ich zawartości. Ujemną stronę tego sposobu stanowi nietrwałość preparatu i trudności techniczne.

Kirk w 1893 r. zastosował dla leczenia zgorzelinowych korzeni nadtlenek sodu Na_2O_2 (Natrium Superoxydatum), który łatwo oddając 1 atom tlenu, redukuje się do Na_2O — Natrium Oxydatum.

$$Na_2O_2 = Na_2O + O$$

$Na_2O + H_2O = 2\ NaOH$ — Wodorotlenek sodu (Soda żrąca).

Wodorotlenek sodu (NaOH) in statu nascendi bardzo aktywny i jako silna alkaliczna substancja zmydla tłuszcze; rozpuszcza organiczne ciała, zabija drobnoustroje.

Środek bardzo higroskopijny, silnie żrący, należy więc izolować ząb przy pomocy koferdamu.

Wprowadza się do przewodu na zmoczonej igle lub na włóknach azbestu (nie na wacie).

Schreiter w 1894 r. polecił dla wyżej wspomnianych celów stosować wodorotlenek potasu, *Kalium hydricum KOH.*

Najbardziej jednak rewelacyjne odkrycie w owym czasie zrobił Callahan z Cincinnati (Ameryka), który w 1895 r. opublikował swój sposób leczenia zgorzelinowych korzeni *kwasem siarkowym;* sposób polega na tem, że na dno komory koronowej zęba, po jej uprzedniem oczyszczeniu, wprowadza się na pincecie Witzla kroplę 50% rozczynu kwasu siarkowego, który igiełką platynowo - irydową napompowuje się do przewodów korzeniowych. Organiczne części ulegają spaleniu i rozpadowi, nieorganiczne części ścian przewodu (sole wapnia) rozpuszczają się. Przewód staje się szerszym. Środek jest bardzo silnie bakterjobójczy.

Najważniejsza jednak zasługa Callahana polega na tem, że on pierwszy wprowadził chemiczny sposób rozszerzania przewodów korzeniowych, ułatwił wielce możność uzyskania drożności przewodów i usunięcia z nich zawartości. Posunęło to nas bardzo daleko naprzód na drodze leczenia zainfekowanych korzeni zębowych.

Imię Callahana, obok imienia Sponera, który polecił stosować do dewitalizacji miazgi kwas arsenowy, należy do najbardziej zasłużonych w dentystyce; obydwaj oni znacznie przyczynili się do postępu w zębolecznictwie. Później w tymże celu stosowano kwas solny (Elander), wodę królewską (Weld, Hess, Boennecken). Mniej więcej w tymże okresie czasu Miller ogłosił swoją epokową pracę: „Drobnoustroje jamy ustnej“, a później podręcznik „Konserwatywne Zębolecznictwo“.

Miller pierwszy zbadał florę jamy ustnej, wyjaśnił rolę drobnoustrojów w powstawaniu chorób zębów i zastosował wyniki badań ówczesnych bakterjologów i patologów do celów dentystyki.

Nie było już wątpliwości, że aseptyka w dentystyce zajmuje to samo miejsce, co i w chirurgji, oraz że zastosowanie jej jest konieczne i korzystne.

Co do leczenia korzeni zgorzelinowych, wprowadził on przy zasadzie „Starannie ale ostrożnie“ (aby nie przepchać po za apex):

1. Mechaniczne częściowe oczyszczenie zawartości przewodów z równoczesnem rozcieńczeniem ich jakimś antyseptykiem,
2. Rozszerzenie przewodów chemiczne (kwasami) oraz mechaniczne (drylami Ghetta, Beutelrocka).

Zwykle (podług Millera), po szerokiem otwarciu i oczyszczeniu komory zęba, do przewodów wprowadzano naprzemian na pincecie, czy na igle, rozczyn 5% karbolu, wody utlenionej, spirytusowy rozczyn tymolu i inne antyseptyki, następnie ostrożnie wyskrobywano zawartość przewodu igłą z jednym haczykiem lub nerwociągiem.

W ten sposób zawartość przewodu zamieniała się w emulsję, a tę emulsję wchłaniano przy pomocy waty na igiełce, wąskie zaś przewody rozszerzano chemicznie i mechanicznie. Miller twierdzi, że otrzymywał dobre rezultaty kliniczne. Badania zaś histologiczne i bakterjologiczne upewniły go co do racjonalności takiego traktowania zębów zgorzelinowych.

Miller uzyskał bardzo wielu zwolenników, stworzył swoją szkołę w zębolecznictwie, trwającą przez dłuższe lata.

W praktyce stosowano i inne antyseptyczne środki jak: lizol, krezol, arystol, aseptol, kreozot, salol, kwas salicylowy, resorcinę, diafterinę, sublimat, nalewkę jodową, olejek goździkowy, eugenol, olejki eteryczne, rozczyn chloroformu, chlorofenol, kreolinę, formalinę, azotan srebrowy i inne.

Wspomnieliśmy wyżej, że S c h r e i e r przez zastosowanie metalu potasu i metalu sodu (K i Na) przeistaczał szkodliwe ciała białkowe (żywe i martwe) w nieszkodliwe mydła, względnie w ciała, o dość prostej strukturze.

Była to, jak zaznaczyliśmy, zupełnie nowa metoda w traktowaniu mas zgorzelinowych w porównaniu z tem, co stosowała szkoła Witzla, a potem szkoła Millera.

Jednak znakomite zasady Schreiera nie trafiły do przekonania szerszym masom praktykujących lekarzy - dentystów; dopiero podobne zasady, zawarte w sposobie Buckley'a, ogłoszonym w 1905 r., znalazły uznanie i szerokie zastosowanie wśród praktyków.

B u c k l e y pierwszy zwrócił uwagę na chemiczny skład mas zgorzelinowych i przyszedł do przekonania, że leczenie zgorzeli, polegające

jedynie na zwalczaniu drobnoustrojów, jest niewłaściwe i niedostateczne; należy bowiem usuwać także bardzo szkodliwe dla ozębnej czynniki, jak trujące gazy i ptomainy. Dlatego będzie więcej celowem równocześnie zgorzelinowe masy dezynfekować i chemicznie je rozkładać. W tym celu zastosował on trójkresol - formalinę, która rozkłada masy zgorzelinowe i przemienia w ciała proste, nieszkodliwe i łatwe do usunięcia.

Polecał on stosować te środki w takiem połączeniu: 1 część 40⁰/₀ formaliny (czynny tu jest gaz formaldehyd) i 2 części trójkresolu lub oba środki w równej ilości (1 cz. HCOH i 2 cz. $C_6H_4OHCH_3$*).*

Po ostrożnem oczyszczeniu komory z mas zgorzelinowych, zakładano na 24 godz. watkę, przepojoną trójkresol - formaliną. Zawartość przewodu, według Buckley'a, po upływie tego czasu jako już unieszkodliwioną, można było usuwać względnie bez obawy komplikacji ze strony ozębnej. Buckley godził się nawet w niektórych wypadkach na pozostawienie w przewodach części rozpadu zgorzelinowego, uważając, że jest on najzupełniej zneutralizowany i nieszkodliwy.

Większa część zwolenników Millera z entuzjazmem odniosła się do metody Buckley'a, rezygnując z natychmiastowego oczyszczania przewodów (metoda Millera), dającego w każdym razie dość często podrażnienie ozębnej, i poczęła stosować uprzednio trójkresol - formalinę.

Wchodzące w skład zgorzelinowych mas proste ciała pod wpływem formaldehydu ulegają następującym zmianom:

Amoniak (NH_3) przechodzi w urotropinę.

Siarkowodór (H_2S) przeistacza się w siarkę + spirytus metylowy.

Toksyny przekształcają się w ciała nieszkodliwe i łatwiej usuwalne.

Tłuszcze zaś pod wpływem trójkresolu z m y d l a j ą s i ę.

System Buckley'a z różnemi modyfikacjami miał dość szerokie zastosowanie w ciągu mniej więcej 20 lat.

D. c. n.

DZIAŁ STRESZCZEŃ

O KRWAWIENIACH

I.

GODARD. **Wtórny krwotok po wyjęciu zęba przy zapaleniu ropnem szczęki górnej.** *(Hémorrage grave consécutive a une avulsion pour ostéo-phlegmon du maxillaire supérieur).* L'Odontologie Nr. 1 (1926).

Po wyjęciu zębów przedtrzonowych górnych przy zapaleniu ropnem szczęki powstało dość silne krwawienie, które trwało kilka dni. Po przecięciu ropnia zastosowano tampowanie i leczenie ogólne propidonem. Krwotok ustał, ale po 48 godzinach powstał nanowo, a ponieważ wszystkie środki miejscowe i ogólne nie zdołały zatrzymać upływu krwi, a stan chorego był bardzo groźny, zastosował więc Godard podwiązanie tętnicy szyjnej zewnętrznej. Krwotok momentalnie ustał i stan chorego uległ znacznemu polepszeniu.

W podobnych przypadkach ostrego zapalenia Godard stosuje przed ekstrakcją i przecięciem ropnia vaccinoterapję i otrzymuje bardzo dobre rezultaty.

II.

CEULEMANS. **Przypadek ostrego krwawienia.** *Un cas d'hémorragie rebelle).* Le Journal Dent. Belge XVII. Nr. 2 S. 62 (1926).

U pacjenta, cierpiącego od 8 lat na reumatyzm stawowy, po usunięciu zęba trzonowego górnego, nastąpił silny krwotok, którego nie dało się zatrzymać tampowaniem. Bezskutecznemi okazały się środki koagulacyjne i hemostatyczne. Dopiero po 4 dniach ustąpiło krwawienie pod wpływem hemoplatyny Parka i Davisa. Zagojenie rany nastąpiło po 8 dniach.

III.

GODARD. **Przypadek ciężkiego krwawienia po usunięciu zęba przy zapaleniu ropnem szczęki górnej.** *(Hémorragie grave consécutive a une avulsion dentaire pour ostéo-phlegmon du maxillaire*

superieur). L'Odontologie XLVI, Nr. 1 S. 5 i la Revue de Stomat. XXVIII Nr. 2 S. 118 (1926).

Po usunięciu górnych przedtrzonowych nastąpiło silne krwawienie. Stosowane przez autora czwartego jeszcze dnia tampowanie i „propidon" (środek vaccinoterapeutyczny) nie mogły zatrzymać na dłuższy czas upływu krwi, dopiero podwiązanie tętnicy szyjnej zewnętrznej przerwało krwotok.

Godard przypisuje to temu, że usunięcie zęba było dokonane podczas ostrego zapalenia szczęki. Roy zaś, opierając się na swej długoletniej praktyce, twierdzi, że przyczyną takiego krwawienia jest specjalna predyspozycja pacjenta. Zdarza się często u takich osób, których krew uboga jest w substancję fibrogenną.

Desforges dzieli przyczyny, wywołujące krwawienie po ekstrakcjach, na miejscowe i ogólne. Do pierwszych zalicza ekstrakcje, przerwanie naczynia lub tkanki, złamania i miejscowe zakażenie, do drugich haemophilję, schorzenia serca, nerek i wątroby.

Desforges i Roy stosują surowicę końską, wapń, żelazo lub arsen.

IV.

WASSMUND. **Krwawienie w jamie ustnej.** *(Bedrohliche Blutungen in der Mundhöhle).* Zahnarztl. Rdsch. XXXV Nr. 20 S. 324 bis 347 (1926).

Mechaniczne środki tamowania krwi.

1. Przy silnie krwawiących naczyniach tkanki kostnej, o ile zawodzi tamponowanie, stosuje się sztancowanie powierzchni, które uskutecznia się jakimś ułamanym instrumentem, przystawionym w miejscu krwawienia. Powstaje zakrzep.

2. O ile krwawienie powstało naskutek porwania dziąsła, należy brzegi zębodołu wyrównać i dziąsło zeszyć.

3. Krwawienie, powstałe naskutek przerostu miazgi zębowej przy silnie zepsutym zębie, ustanie z chwilą usunięcia zęba i zeszycia dziąsła.

4. Krwawienie miękkich części ustanie po podwiązaniu tętnicy.

Ze sposobów uciskowych stosuje się:

5. Ucisk przez podwiązanie bandażem.

6. Ucisk korkiem zapomocą podwiązania.

7. Ucisk powierzchnią metalową, połączoną z szynami i hakami, idącemi zewnętrznie i przymocowanemi podwiązaniem czołowem.

8. Wewnątrz i zewnątrzustne szyny i powierzchnie uciskowe.

9. Podwiązania nićmi dla uszkodzeń dna jamy ustnej.

Wyżej wymienione środki mechaniczne stosuje się wtedy, gdy zawodzą inne, jak tamponowanie, zastrzyki, gelatiny, penghawar djambi i adrenaliny.

V.

CH. CHARLTON. **Przyczyny i leczenie krwotoków zębowych.** *(Dental haemorrhage: Its cause and treatment).* The Dental Science Journal of Australia Nr. 12. S. 529 1925).

Przy krwawieniach, następujących bezpośrednio po usunięciu zębów, należy wyrównać wystające brzegi zębodołu i przepłókać ranę wodą utlenioną. Do tamponowania stosuje autor gazę, umoczoną w mieszaninie terpentyny i żywicy. W wielu wypadkach po pięciominutowem takiem tamponowaniu ustaje krwawienie. Przeważnie jednak tampon pozostawia się i dnia następnego dopiero się go usuwa.

O ile na drugi dzień kontrola jest niemożliwa, to wprowadza się do zębodołu pastę z waseliny z taniną lub waseliny i boraksu, umoczoną w terpentynie. Pasta ulega wessaniu.

Krwawienia wtórne po 24 lub 48 godz. powstają naskutek zakażenia. Leczenie stosuje się, jak w wypadkach krwawienia bezpośredniego, zalecając przytem choremu spokój, do wewnątrz podaje się calcium lacticum i można zrobić zastrzyk z 3 ccm. Haemoplastiny w przedramię.

VI.

IZAMBARD. **Krwotok i zastój krwi.** *(Hémorrage et hémostace).* La semaine dentaire VIII, Nr. 6 S. 117 bis 121 (1926).

Krew, po wyjściu z naczynia, tworzy skrzep. To przejście z osocza w surowicę, ta zdolność wytwarzania włóknika, stanowi samoobronę organizmu przed krwawieniem.

U haemophilików stosuje się na kilka dni przed operacją chlorek wapnia wewnętrznie albo zastrzyki z 30 ccm. surowicy, aby dopomóc do wytworzenia włóknika.

Izambard poleca po ekstrakcji przemycie rany ciepłą wodą z solą i tamponowanie gazą z penghawar djambi i surowicą końską. Po 20 — 30 minutach tampon powinien być usunięty; o ileby krwawiło nadal, należy zostawić tampon na 18 — 24 godz. i przykryć go miękkim materjałem plastycznym.

VII.

ST. CLAIR DUKE. **Leczenie krwotoków po wyjęciu zębów.** *(The treatment of dento-alveolar haemorrhage followigtoothextraction).* The Journal of the Amer. Dent. Assoc. XII, Nr. 115. 1365 (1925).

O ile krew nie zawiera trombokinazy, wapnia, prothrombiny i thrombiny, to zawsze jest obawa krwawienia. Środkami zapobiegawczemi są preparaty wapniowe, styptica i surowica końska. Ta ostatnia jest może najlepsza, tylko musi być świeża. Autor uważa, że zastrzyk z 2 do 5 ccm. tej surowicy jest ilością, działającą skutecznie.

VIII.

W. H. DOLAMORE. **Nici, jako środek zapobiegawczy krwotokom w zębodole.** *(The use of sutures for the arrest of alveolar haemorrhage).* The British Dental Journal XLVII, Nr. 155. 852 (1926).

Dolamore jest przeciwny używaniu środków, tamujących krew, gdyż uważa, że jest rzeczą wysoce nielogiczną i niefizjologiczną wprowadzać przy krwotokach obce ciała do zębodołu.

Stosuje on zeszycie brzegów dziąsła, używając do tego nici jedwabnych lub końskiego włosia.

Str. Romana Oppenheimówna.

WYBIELANIE ZĘBÓW

I.

DR. HEINRICH. **O bieleniu zębów.** *(Beitrag zum Bleichen der J. Zähne).* Correspondezblatt für Zahnärzte Nr. 9 1929.

Wybielać się dają jedynie te zęby, których zabarwienie było wynikiem spraw ropnych, obumarcia miazgi, zgorzeli lub też użycia cementów niskiego gatunku. Zabarwienie naskutek działania rtęci lub miedzi usunąć się nie daje. Najbardziej rozpowszechnione jest wybielanie wysokoprocentową wodą utlenioną (30%), znaną pod nazwą Perhydrolu. Megay pierwszy zwrócił uwagę na rolę promieni świetlnych przy procesie wybielania perhydrolem. Promienie świetlne słoneczne mogą być zastąpione światłem sztucznem. Zeiss w Jenie

skonstruował aparat, polegający na kombinacji soczewek i małej lampy łukowej, którym to aparatem wytwarzał plamkę świetlną o 12—15 cm. przestrzeni o sile 3000 świec. Aparatem tym oświetla się ząb z odległości 1 m. Soczewki można tak ustawić, aby plamkę świetlną zmniejszyć, zwiększając zarazem jej siłę. Pod działaniem promieni świetlnych, odbywa się silne wydzielanie tlenu. Lampa kwarcowa może być również do tego celu użyta. Brubacher używał, zamiast samego perhydrolu, połączenia tego środka z antiforminą i otrzymywał dobre rezultaty. Zakłady Behringa wyprodukowały nowy środek, hepinę, która wywołuje silne wydzielanie się tlenu z perhydrolu. Autor stosuje odmienną metodę w celu wybielania zębów, a mianowicie twierdzi, że pod wpływem ciepła, tlen z perhydrolu również łatwo się wydziela i zamiast metody oświetlania stosuje ogrzewanie wysokim elektrycznym prądem zmiennym. Ząb oczyszcza się uprzednio dokładnie ze spróchniałej zębiny, zwracając główną uwagę na miejsca zabarwione. Zęby sąsiednie i dziąsła smaruje się glyceryną oraz okrywa się watą (ewent. stosuje się koferdam), tak aby działaniu prądu podlegał jedynie ząb zabarwiony. Następnie po starannem kilkakrotnem przemyciu perhydrolem i założeniu watki, przepojonej perhydrolem do ubytku, działa się prądem. Tlen przenika w kanaliki i wybiela ząb. Wydzielanie tlenu z perhydrolu rozpoczyna się przy 15 st. C. Cały proces wybielania powyższym sposobem przebiega niezmiernie szybko, bo zaledwie w parę sekund.

Często przy zębach, bardzo silnie zniszczonych, możemy obserwować zatracenie szklistości i połysku, co jest wynikiem zniszczenia włókien Thomesa, oraz rozpadu barwnikowych substancyj miazgi. Renström wypełniał takie zęby roztworem chloralhydratu i środek ten, wnikając w kanaliki, powracał zębom normalny wygląd. Następnie zakładał Renström do komory zabarwiony na czerwono sylikat, aby zastąpić zniszczone barwiki miazgi. Jednakże sposób ten nie dał pomyślnych wyników, gdyż sylikat, pod wpływem reakcyj chemicznych zmieniał barwę i powodował ściemnienie zęba. Lepsze wyniki dawało zakładanie do komory folji złotej (Feiler).

Sam autor używa przeważnie przy wypadkach zatracenia połysku i szklistości zębów porcelany White'a Nr. 1 (SS. Whites Filling Porcelain Nr. 1), którą rozrabia bardzo rzadko i wciska w komorę. Materjał przenika w kanaliki i wraca zębom normalny wygląd. Kolor można dobrać idealnie do koloru zęba.

II.

LIPSCHITZ. **Bielenie zabarwionych zębów.** *(Bleichen verfärbter Zahnkronen).* Z dzieła: „Diagnostik u. Therapie der Pulpekrankheiten".

Po dawniejszych sposobach wybielania zębów zapomocą chlorku wapnia, roztworu H_2O_2 i nadtlenku sodu, które nie dały zadawalających wyników, M e g a y, który w tym celu stosował perhydrol również bezskutecznie, wpadł na myśl, aby połączyć bezpośrednie działanie światła słonecznego z perhydrolem. Jednakże proces przeciągał się bardzo długo i wybielanie odbywało się przez 10 posiedzeń, każde po godzinie i więcej. O wiele silniej działało światło za pośrednictwem skupiającej soczewki. Jednakże stosowanie soczewki miało ten niepożądany skutek, że oprócz świetlnych skupiała ona i natężała promienie cieplne, co uniemożliwiało jej zastosowanie. Megay próbował połączyć soczewkę ze szkłem ciemno-niebieskiem, przepuszczającem jedynie promienie chemiczne i po 40—80 minutach wybielał tym sposobem zabarwiony ząb. Jednakże w literaturze opisany jest przez Feilchenfelda fakt oślepnięcia pacjenta po zastosowaniu tego rodzaju wybielania.

Z i e l i ń s k i, rozwijając myśl Megay'a, stosował do wybielania aparat „Heliorador", który zbudowany był z trzech soczewek, w taki sposób, że koncentrowały one równoległe promienie słoneczne i równolegle je odbijały, unikając przez to tworzenia się punktu palącego. Zaletą tego aparatu było również to, że nie potrzeba go było ustawiać na określoną odległość od zęba. Używając aparatu „Heliorador", Zieliński otrzymywał dodatnie rezultaty po 30—40 minutach. Przy użyciu światła białego, wybielanie odbywa się prędzej, niż przy zastosowaniu szkła ciemno - niebieskiego.

F i s z e r przy użyciu „Helioradoru" miał często, pomimo wszelkich ostrożności, podrażnienie miazgi (przy zębach żywych) i ozębnej. Wrócił on do pierwotnego sposobu Megay'a — stosowania promieni słonecznych bezpośrednio, wychodząc z założenia, że im wolniej odbywa się proces wydzielania tlenu z perhydrolu, tem mniejsze niebezpieczeństwo dla zęba.

R o s e n t a h l używał do oświetlania lampy Kromayera. R u t l o f f — aparatu Zeissa. H i l l e zastosował mało skomplikowany aparat, składający się z rurki, mającej wewnątrz lampkę, odbijającą promienie pod określonym kątem. Oprawa lampki jest biała i bardzo dobrze promienie odbija. Światło działa z odległości $^1/_2$ do 1 cm. od zę-

ba. Hille umieszczał aparat na trzymadle, przymocowanem do oparcia fotelu dentystycznego. Koch zaczął stosować zwykłą kieszonkową lampkę elektryczną z zupełnie dobrym wynikiem. Autor również używał tego sposobu, potwierdzając jego skuteczność. Zęby, sąsiadujące z wybielanym, należy dokładnie izolować zapomocą koferdamu, sam ząb zaś, po gruntownem wyleczeniu i zaplombowaniu apexu pastą oraz części przewodu cementem, tak, aby $^1/_3$ była niewypełnioną, należy przemyć perhydrolem wewnątrz, z zewnątrz zaś przemyć alkoholem i dokładnie osuszyć. Następnie, założywszy watę, przesiąkniętą perhydrolem do komory i otoczywszy ząb od strony lingualnej (ew. podniebiennej) i policzkowej (ew. wargowej) gazą, zwilżoną perhydrolem (którą należy często zmieniać), działać z odległości 1 cm. lampką elektryczną kieszonkową przez 15 minut. Przeważnie wybielenie nie następuje na pierwszem posiedzeniu i należy wówczas zabieg powtórzyć.

Str. Lek.-Dent. *H. Puzynianka,*
asyst. Państw. Inst. Dent.

K. ROMANOWA. **Radisan, jako materjał do plombowania przewodów.** D. Monatschr. f. Zahnhl. 1929—15.

Materjały do wypełniania kanałów korzeniowych muszą posiadać następujące cechy:

1) łatwo się zakładać do kanałów,
2) nie wywierać ucisku na kanaliki zębinowe,
3) posiadać zdolność szczelnego zamykania ujścia korzenia,
4) łatwo się wyjaławiać,
5) nie drażnić ozębnej.

I tak Printz używał do tego celu żywicy, sztyftów gutaperkowych i chloraperki; Müller — wapniowej zawiesiny kolloidalnej; Albrecht — resorcyny z formaliną w postaci pasty; Hove — impregnacji srebrem.

Metodą Printza nie można dojść do wierzchołka korzenia. Adloff jest zwolennikiem sposobu Albrechta. Zdaniem autora, metody Hove i Albrechta są najlepsze. W zębach jednak przednich, metod tych należy unikać ze względu na zabarwienie zęba na kolor brunatno-różowy (Albrecht) lub czarny (Hove). Metoda Schrödera — preparat *Radisan,* zawierający grupę alkoholową Esther i żywice, jako płyn, wypełnia kanał do końca korzenia, mumifikuje resztki mia-

zgi, a rozgałęzienia w kanalikach zębinowych zachowuje w ich organicznej formie.

Badania O r t h a dowiodły, że radisan przylepia się do ścian kanałów, a do jego ujścia nie sięga. Autor opisuje własne spostrzeżenia podczas stosowania radisanu w ciągu jednego roku na 80 przypadkach, z których 60 było po zapaleniu miazgi, zaś 20 po zgorzeli; w pewnej części ekstyrpacja miazgi nastąpiła po założeniu arszeniku, w innych pod znieczuleniem miejscowem czy przewodowem. Kanały były wypełnione metodą Schrödera — radisanem. W żadnym przypadku nie spostrzeżono komplikacyj. Zdjęcia rentgenowskie kontrolne po 6 — 10 miesiącach nie wykazały zmian w ozębnej, zaś po 3 — 40 dni w okolicy wierzchołka widoczne było zaciemnienie, jako sprawa urazowa, powstała przy ekstyrpacji miazgi. W żadnym przypadku nie widać zabarwienia zęba. Oprócz badań klinicznych autor przeprowadzał badania na psach $1^1/_2$—2-letnich. Pod narkozą morfinowo-eterową 35 zębów plombowano radisanem; zabiegi wykonano bardzo aseptycznie, a ubytki korony wypełniono amalgamem srebra. Eksperymentalny materjał badano po 3—12—40 dniach i po 6-ciu miesiącach; jako płyn utrwalający stosowano formalinę i kwas octowy.

Autor przekonał się, że ten roztwór najdokładniej działa. Przygotowano preparaty, krajane po zamrożeniu mikrotomem. Skrawki były barwione metodą van Giessona lub haematoxyliną — eozyną. Na preparatach zębowych, które 3 dni temu były wypełnione radisanem, pod mikroskopem stwierdzono, że przewód albo zupełnie nie był wypełniony lub też częściowo bezkształtną masą. W jednym z preparatów zauważono w korzeniu resztki pozostałej miazgi, będącej już w stanie zapalnym, częściowy naciek. Na preparatach, które przed 12 dniami były wypełnione radisanem, nie stwierdzono stanu zapalnego. Na preparatach, które przed 40 dniami były wypełnione radisanem, stwierdzono w większości przypadków resorbcję cementu u wierzchołka korzenia, na jego miejscu młodą tkankę łączną, a 6-miesięczne preparaty dały obraz zupełnie normalny.

Z powyższego wynika, że radisan po ekstyrpacji miazgi nie przenika do kanalików zębinowych, nie mumifikuje w nich resztki rozgałęzień miazgi. Spostrzeżenia autora co do radisanu są takież, jak i Morelta, który twierdzi, że radisan nie drąży do samego wierzchołka korzenia i do kanalików zębinowych. Rentgenogram wykazuje tylko wypełnienie przewodu radisanem, zaś początkowe podrażnienie ozębnej przechodzi bez charakteru naciekowego. Kliniczne spostrzeżenia

przy stosowaniu radisanu wykazały, że preparat ten nie wpływa na tkanki otaczające, zaś komplikujące zapalenie ozębnej powstaje, jako sprawa urazowa podczas ekstyrpacji miazgi z przewodów korzeniowych i ma przebieg łagodny i pomyślny.

Z danych klinicznych i doświadczeń laboratoryjnych wnioskować można, że radisan nie drąży wgłąb tkanek zębinowych, nie uciska na pozostałe rozgałęzienia miazgi po ekstyrpowanym głównym pniu miazgi, nie zabarwia zębów, nie wpływa szkodliwie na ozębną, a zatem może być zadawalniająco stosowanym środkiem do plombowania przewodów, tylko przy niezainfekowanych korzeniach. Wiadomo, że metoda Schrödera plombowania przewodów radisanem posiada nielicznych entuzjastów.

Wśród różnych sposobów wypełniań dominują jednak pasty o zmiennym składzie, zawierające jodoform, thymol, chlorfenol i formokrezol; pasta Boenneckena, zawierająca thymol, środek bakterjobójczy, jest osobliwie wyróżniana.

Z materjałów plastycznych do plombowania przewodów stosuje się cement, lecz i ten, jak wiemy, posiada pewien stopień przepuszczalności; z tego wynika, że i cement nie jest idealnem wypełnieniem korzeniowem.

Widzimy zatem, że najlepszego wypełnienia korzeniowego jeszcze niema, lecz są czynione ogromne usiłowania, by zbliżyć się do upragnionego celu.

Str. H. Mickiewicz
lekarz - dentysta.

Otrzymaliśmy z prośbą o umieszczenie.

I.

SPRAWOZDANIE ROCZNE Z CZYNNOŚCI ZARZĄDU RADY CENTRALNEJ (ZA ROK 1929).

KOMUNIKAT.

W wykonaniu wniosku, uchwalonego na Zjeździe delegatów Rady Centralnej, delegacja tejże w osobach Prezesa i Wiceprezesów Zarządu R. C., D-ra Allerhanda i D-ra Cylkowskiego, interwenjowała u Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia w sprawie składu Komi-

sji egzaminacyjnej dla techników dentystycznych b. zaborów austrjackiego i pruskiego. Na skutek tej interwencji Dyr. Dep. Służby Zdrowia przyrzekł utworzoną już komisję rozwiązać, a na jej miejsce mianować nową lotną. W skład jej weszli: Prof. Wilga, Dr. Jankowski pod przewodnictwem D-ra Głuszkiewicza z ramienia Dep. Sł. Zdrowia.

Zarząd R. C. czynił staranie u władz i czynników ustawodawczych o niedopuszczenie wejścia pod obrady komisji sejmowej projektu nowelizacji Rozporządzenia Prezydenta o wykonywaniu praktyki dentystycznej, wniesionego przez techników dentystycznych. Na skutek tych starań rzeczony projekt upadł w pierwszym czytaniu na Komisji.

Wobec zamierzonego przez Rząd podwyższenia komornego o 100% na rozbudowę miast, Zarząd R. C. wysłał do Pana Prezydenta, Premjera oraz Marszałków Sejmu i Senatu telegraficznie protest, rzeczona bowiem podwyżka padłaby całym ciężarem na i tak już zpauperyzowaną pracującą inteligencję.

Z ramienia Zarządu R. C. udawała się delegacja do Dyrektora Departamentu Podatków i Opłat Skarbowych z memorjałem, uzasadniającym potrzebę całkowitego zniesienia ewentualnie zmniejszenia do 1% dodatku od obrotu oraz mianowania lekarzy-dentystów członkami komisji szacunkowej i odwoławczej.

Przy końcu ubiegłego roku Prezes Zarządu R. C. brał udział w konferencji przedstawicieli wolnych zawodów w sprawach podatkowych, a w szczególności zniesienia podatku od obrotu. W wyniku tej konferencji, przewodniczący komisji podatkowej z ramienia Izby Lekarskiej Dr. Blay zakomunikował zarządowi R. C., że w r. 1930 komisja będzie interwenjowała u Rządu w sprawach podatku obrotowego i dochodowego i że w komisjach odwoławczych, gdzie lekarze-dentyści nie mają swego przedstawiciela, przedstawiciel Izby Lekarskiej będzie bronić interesów tych ostatnich; przeto przed plenarnem posiedzeniem komisji odwoławczej Zarząd R. C. winien porozumieć się z Gen. d-rem Gurbskim, delegatem Izby Lekarskiej, celem wspólnego uzgodnienia rekursów Lekarzy-Dentystów.

Sprawa przepisywania przez Lekarzy-Dentystów leków nie została dotychczas przez władze uregulowana, a nawet ostatnio zabroniono aptekom wydawania za receptami Lekarzy-Dentystów kokainy, a przez pewien czas nawet eteru siarczanego. Zarząd R. C. wysłał delegację do Dyr. Dep. Służby Zdrowia, celem wyjaśnienia powodów powyższego zakazu. Delegaci R. C. podczas konferencji zostali poin-

formowani, że nakaz ten został wydany na podstawie opinji Państwowego Instytutu Dentystycznego. Na skutek powyższego, Zarząd R. C. wysłał delegację do Rady Profesorów P. I. D., której celem było wykazać, że ten zakaz wyrządza krzywdę ogółowi lekarzy-dentystów oraz, że kokaina przy niektórych zabiegach dentystycznych żadnym innym środkiem zastąpić się nie da. Po dłuższej wymianie zdań biorący udział w konferencji profesorowie P. I. D. przyrzekli delegatom wydaną opinję poddać rewizji, a wyniki jej przesłać Zarządowi R. Centralnej. Zarząd R. C. zwracał się do Profesorów Katedr Stomatologicznych Cieszyńskiego i Łepkowskiego, Mancewicza i Jarząba z prośbą o wydanie opinji co do konieczności stosowania kokainy w zębolecznictwie. Opinje te mogą pomóc Zarządowi R. C. w jego akcji, zmierzającej do usunięcia omawianego zakazu.

Zarząd R. C., uznając sprawę utworzenia Izb Dentystycznych za dojrzałą, a popartą odnośną uchwałą Zjazdu Delegatów w Poznaniu, wysłał delegację do Dep. Służby Zdrowia w celu złożenia opracowanego memorjału, przedstawienia i poparcia tej sprawy.

Staraniem Zarządu R. C. po porozumieniu się odnośnych Zarządów i osiągniętem porozumieniu nastąpiło zlanie się Kasy Wzajemnej Pomocy Odontologów Polskich oraz Kasy Wzajemnej Pomocy Lekarzy-Dentystów Chrześćjan w jedną instytucję pod nazwą „Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy Lekarzy-Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej", nadając tym sposobem instytucji tej charakter ogólnokrajowy.

Zarząd R. C., otrzymawszy informację, że Zarząd Kasy Chorych zamierza zreformować sposób udzielania pomocy dentystycznej ubezpieczonym i że przed wprowadzeniem tej reformy w życie ma zamiar porozumieć się z R. C., wybrał Komisję dla przygotowania dotyczącego tej sprawy materjału oraz naszkicowania ewentualnych warunków, które mogłyby przynieść więcej korzyści zarówno ubezpieczonym, jak i Lekarzom-Dentystom.

Wielokrotne starania Zarządu R. C. w Dep. Sł. Zdrowia, by wyjednać w rządowem uzdrowisku dla Lekarzy-Dentystów i ich rodzin takie ulgi, z jakich korzystają lekarze, dotychczas nie odniosły skutku; dalsze starania będą czynione; prywatną drogą Zarząd osiągnął ulgi w Karlsbadzie i Marienbadzie.

Sekretarz
Z. Urbańska-Filipowiczowa.

Prezes
A. Stokowski.

II.

ZJAZD DELEGATÓW RADY CENTRALNEJ.

KOMUNIKAT.

Dnia 5 stycznia r. b. odbyło się w Warszawie (Bracka 18) zebranie Delegatów Rady Centralnej Zrzeszeń Stomatologów i Lekarzy-Dentystów Rzpl. Polskiej.

Przewodniczył dr. Allerhand, sekretarzował kol. Lubczyński.

Obecni Delegaci: Zw. Lek. Dent. Chrześćjan: kol. Dobko-Dobkowicz, Goldberg-Górski, Stokowski i Urbańska-Filipowiczowa. Zw. Lek.-Dent. w P. P. kol. kol. Bloch, Dr. Brzeziński, Glikman, Herszlik, Lubczyński, Meloch Neufeld, Sachs, Sokalski i Ujejski. T-wa Lek.-Dent. Warsz. kol. kol. Blikle i Mokrzycki, Stowarzyszenia Wz. Pomocy Lek.-Dent. Rzpl. P. kol. Berger, Essigman i German, Zrzeszenia Lek.-Dent. K. Ch. m. Warszawy: kol. Szatkowska i Rytlowa, Zw. Lek. Dent. Polaków w Wilnie: kol. Bobrowska, Związku Lek.-Dent. Ziem Zachodnich: dr. Cylkowski, Zw. Stomatolgów Izby Lek. Wsch. Małopolski: dr. Allerhand oraz Związek Odont. w Częstochowie kol. kol. Grün i Rozenowicz.

Porządek dzienny:

1. Zagajenie zebrania.
2. Wybór przewodniczącego i sekretarza.
3. Odczytanie protokułu ostatniego zebrania.
4. Sprawozdanie z czynności Zarządu za rok 1929.
5. Sprawozdanie kasowe.
6. Sprawozdanie komisji rewizyjnej.
7. Sprawozdanie Komisji Kasy Chorych.
8. Sprawa przepisywania leków, ref. kol. Sachsa.
9. Sprawa Izby Dentystycznej, ref. kol. Essigmana.
10. Wnioski Zarządu.
11. Wnioski Zrzeszeń.
12. Wolne Wnioski.

Przed porządkiem dziennym w sprawie przyjęcia Związku Częstochow. do R. C. w Poznaniu I. D. na wniosek kol. Bliklego zjazd ustalił powołać specjalną komisję w osobach: Bliklego, Blocha, Essigmana, Perlińskiego i Stokowskiego.

Po odczytaniu protokułu Zjazdu w Poznaniu odczytano sprawozdanie z czynności Zarządu R. C., z którego dowiadujemy się, iż Zarząd R. C. ingerował w sprawie komisji egzaminacyjnej dla techni-

ków oraz w sprawie wniosku o nowelizację ustawy z wynikiem pomyślnym.

W sprawach podatkowych Zarząd R. C. delegował kolegów Germana i Stokowskiego do Dyrektora Departamentu Podatków i Opłat Skarbowych, domagając się zmniejszenia podatku obrotowego do 1% i powołania lekarzy-dentystów do komisji szacunkowej.

W sprawie leków Zarząd C. R. wysłał delegację do P. I. D. w osobach: kol. kol. Germana, Perlińskiego i Sachsa w sprawie rewizji opinji P. I. D. odnośnie przepisywania kokainy.

W sprawie Izb Dentystycznych utworzono komisję o następującym składzie: kol. kol. Essigman, Mokrzycki, Neufeld.

W sprawie zatrudniania techników w Kasach Chorych, uprawiających zębolecznictwo, ingerowano za pośrednictwem kol. kol. Neufelda i Perlińskiego w Głównym Urzędzie Ubezpieczeń i Min. Pracy.

Utworzono komisję, złożoną z kolegów Germana, Essigmana, Stokowskiego, która przeprowadziła fuzję Kasy Wz. Pomocy Odontologów Polskich z kasą istniejącą przy Zw. Lekarzy Dent. Chrześc.

Zorganizowano komisję, mającą na celu podniesienie zębolecznictwa w Kasach Chorych i polepszenie warunków pracy i płacy. W skład jej weszli koledzy: Essigman, Neufeld i Perliński.

Ingerowano w sprawie ulg w uzdrowiskach z wynikiem jednak niepomyślnym (German i Mokrzycki).

Sprawozdanie kasowe odczytał skarbnik kol. Mokrzycki; sprawozdanie Komisji Rewizyjnej odczytał kol. Goldberg-Górski.

Sprawozdanie z pracy komisji Kas Chorych wygłosił kol. Perliński. Referat zwraca uwagę na wypadki niestosowania się K. Ch. do art. 42 ustawy o Kasach Chorych: Komisja ingerowała w tej sprawie z wynikiem pomyślnym.

Zkolei referent zastanawia się nad brzmieniem art. 84 tejże ustawy, przewidującego komisje pojednawcze w wypadkach zatargów między lekarzami a zarządami kas. Jasnem jest, że pod artykuł ten winni podpaść i lekarze-dentyści, których zatargi regulują się według widzimisię odnośnych zarządów lub komisarzy.

Najbliższą pracą komisji będą starania nad uzupełnieniem tego artykułu, późniejszą zaś domaganie się ustawowej nowelizacji poszczególnych artykułów ustawy. W związku z nowym projektem wolnego wyboru lek. dent. komisja rozesłała pisma do organizacyj z prośbą o dostarczenie materjału.

Co się tyczy biegu przeróżnych ingerencyj u władz, wszelkie

oświadczenia władz winny być publikowane, zatem Zjazd wnosi, by Zarząd R. C. ogłaszał komunikaty prasowe.

Po przerwie obiadowej kol. Sachs omówił sprawę przepisywania leków przez lekarzy-dentystów. Zdaniem referenta sprawa leków utkwiła na martwym punkcie. Departament Złużby Zdrowia w swoim czasie powiadomił przedstawicieli zawodu, iż sprawa przepisywania leków przez lekarzy-dentystów będzie załatwiona w nowej ustawie farmaceutycznej, później zaś zaczął ją traktować jako sprawę odrębną.

W międzyczasie został wydany zakaz przepisywania narkotyków przez lekarzy-dentystów, który sprawę jeszcze więcej zagmatwał. Nie mogą tu być brane pod uwagę żadne argumenty, dotyczące zwalczania międzynarodowego handlu kokainą, ponieważ zakaz nie może odnosić się tylko do lekarzy dentystów, dając zupełną swobodę w tej materji lekarzom i lek. weterynarji.

Wobec oświadczenia władz, iż nakaz ten został spowodowany opinją P. I. D., R. C. wysłała delegację do Dyrekcji uczelni.

Obecnie podobno mimo oświadczeń dyrekcji Instytutu co do rewizji w swoim czasie wydanej opinji, opinja ta zmianie nie ulegnie.

Zarząd C. R. zwrócił się o opinję w tej sprawie do profesora Dr. A. Cieszyńskiego i zast. prof. lekarza-dentysty J. Jarząba.

Pan profesor Cieszyński podaje:

„Lekarz-dentysta otrzymuje tak samo, jak i lekarz, na podstawie swojego dyplomu prawo zapisywania wszelkich środków leczniczych bez jakichkolwiek ograniczeń podobnie jak lekarz. Podczas swoich studjów otrzymał on bowiem wystarczające wykształcenie z fizjologji, patologji, farmakologji, na podstawie których wiadomości ordynować może środki lecznicze w zakresie swojej specjalności.

Tak jest zagranicą, np. w Niemczech i przypuszczam, że i w Polsce.

Wszelkie recepty podlegają kontroli aptekarzy, którzy przekroczenia jakiejkolwiek dawki powinni zgłosić danemu lekarzowi, jeżeli przypuszczają, że zaszła omyłka, albo władzy sanitarnej, jeżeli przypuszczają, że chodzi o nadużycie. Jeżeli zaszły jakiekolwiek nadużycia w tym względzie przez jednostki, nie może za to odpowiadać cały stan lekarzy-dentystów.

Ograniczenie lekarzy-dentystów co do ordynowania niektórych środków nie jest przewidziane, o ile mi wiadomo jakiemi-

kolwiek przepisami, a gdyby to było faktycznie, to niema to z punktu zasadniczego żadnego umotywowania.

Natomiast wzbronione powinno być wydawanie jakichkolwiek recept lub zapisywanie nawet środków nieszkodliwych w postaci recepty technikom dentystycznym — nawet takim, którzy otrzymali uprawnienie drogą egzaminu, albowiem ci nie posiadają żadnych wiadomości i żadnego wykształcenia z fizjologji, patologji i farmakologji, a wypisując recepty oddawane do rąk chorych, wprowadzają ich wbłąd co do faktycznych swoich kwalifikacyj zawodowych, tworząc pozory, że posiadają kwalifikacje naukowe lekarzy albo lekarzy-dentystów.

Przesyłając to oświadczenie zasadnicze, nie widzę żadnych powodów, dlaczego ordynowanie kokainy w dawkach, potrzebnych do leczenia chorób zębów i jamy ustnej, mogłoby być lekarzom-dentystom wzbronione".

Zast. prof. lek.-dent. J. Jarząb pisze:

Usunięcie bólu, towarzyszącego naszym zabiegom przy leczeniu chorób zębów i jamy ustnej — jest kwestją pierwszorzędnej wagi dla lekarza, jak i dla chorego. Lekarz, będąc pewnym humanitarnego i bezbolesnego zabiegu, działa spokojnie z bardzo skoncentrowaną uwagą, a chory zaś, przekonawszy się raz, że zabieg ten lub ów nie sprawia bólu, nabiera więcej chęci do leczenia, zachęca innych, i tą drogą pośrednią działa na podniesienie poziomu higjeny społecznej.

Wprowadzenie środków syntetycznych, nietrujących, jak nowokaina, alipina i t. p. jest wielkim postępem na tym polu, ale nie mogą one we wszystkich naszych potrzebach zastąpić kokainy. Brak im bowiem własności działania na wazomotory, a więc same nie mogą mieć nigdy zastosowania z powodu bardzo przelotnego działania.

Mieszanie ich z płynnemi preparatami adrenaliny wyklucza ich użycie w proszku (in substantia) kokaina zaś sama w sobie łączy te własności razem i, jako proszek przy znieczuleniu np. miazgi niezdewitalizowanej arszenikiem (nie dającej się zdewitalizować) po jej otwarciu, jest środkiem dotychczas nie do zastąpienia. Także preparowanie ubytków przyszyjkowych i zbytnią wrażliwość zębiny — najłatwiej dotychczas można usunąć kokainą w proszku. Zastępcze środki znieczulające, któreby tu mogły wchodzić w rachubę, musiałyby być wstrzykiwane w znacznej ilości wśróddziąsłowo, a wiemy jak nasi chorzy bro-

nią się przed igłą i każdym zastrzykiem do dziąsła. Z tych przyczyn kokainy rychło nie usuniemy z praktyki lekarsko-dentystycznej, byłoby to raczej cofaniem się przy naszych zabiegach w niehumanitarne barbarzyństwo.

Co się tyczy trujących własności kokainy, to one nie powinny zupełnie wchodzić w rachubę przy tak znikomem wprost, a dla nas wystarczającem dawkowaniu, podobnie zresztą jak ma sprawa z arszenikiem. Przeciwko zaś właściwym nadużyciom kokainy, która dotyczyć może tak lekarzy-dentystów jak i lekarzy chorób ogólnych, Państwo powinno zastosować jaknajdalej idące środki, — nawet utratę dyplomu lekarskiego. Nadużycia te będą należeć w każdym razie do ilości znikomej, a korzyść racjonalna dotyczy całego społeczeństwa".

W konkluzji uchwalono cały szereg wniosków, określających należycie stanowisko P. I. D. w całej tej sprawie oraz wzywających zarząd R. C. do wszczęcia najenergiczniejszych starań celem przyśpieszenia przewidzianego przez ustawę dentystyczną rozporządzenia o lekach.

W sprawie zakazu przepisywania kokainy, uchwalono wezwać Zarząd R. C. do domagania się wstawienia do rozporządzenia klauzuli, umożliwiającej lekarzom-dentystom nabywanie kokainy, a to zgodnie ze zwyczajami, panującemi zagranicą oraz zgodnie z opinją, wydaną przez katedry stomatologiczne we Lwowie i Poznaniu.

Ewentualnie odmowne decyzje zaskarżyć do Trybunału Adm., pokrycie potrzebnych na ten cel kosztów podejmą zrzeszenia przynależne do R. C. drogą nadzwyczajnego opodatkowania się.

Zkolei kol. Essigman zreferował działalność R. C. w sprawie Izb, poczem zaczęto omawiać wnioski Zarządu, zrzeszeń i wolne wnioski.

Uchwalono:

1) domaganie się nowelizacji art. 84 statutu K. Chor.

2) podniesienia składek ze zł. 50 na zł. 75 rocznie za każdego delegata;

3) domagania się wprowadzenia w życie przewidzianego ustawą rozporządzenia o praktyce jednorocznej dla lekarzy-dentystów.

4) złożenie podziękowania przedstawicielom katedr, a zwłaszcza p. prof. A. Cieszyńskiemu za sprawiedliwe, słuszne i koleżeńskie ustosunkowanie się do sprawy przepisywania leków przez lekarzy-dentyst.;

5) uregulowanie sprawy pomocy Lek. Dent. młodzieży szkolnej;

6) zwołanie Zjazdu Zawodowego;

7) domaganie się miejsca dla przedstawiciela lek. dent. w Naczelnej Radzie Zdrowia.

W imieniu Związku stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej przewodniczący tegoż dr. Allerhand zgłosił wniosek:

„Opieka nad zdrowiem młodzieży spoczywa w rękach lekarzy szkolnych i szkolnych dentystów. W niektórych środowiskach zaprowadzono od szeregu lat obowiązkową sanację jamy ustnej. Sanację taką przeprowadzają lekarze-dentyści szkolni względnie instytucje ubezpieczeniowe (Kas Chor. pomoc urzędnicza, ambulatorja kolejowe i wojskowe). Część dziatwy korzysta z opieki lekarzy prywatnych. Na terenach, na których pracują uprawnieni technicy dentystyczni i ci *jure caduco* pomocy dentystycznej prywatnie udzielają.

1) Wnosi więc, by R. C. memorjałem, skierowanym do Min. W. R. i O. P., spowodowała okólnik do podległych Minist. kuratorjów okręgowych, wskazujący na konieczność dopilnowania przez lekarzy szkolnych i dyrekcje poszczególnych zakładów naukowych, przeprowadzania leczenia prywatnego jamy ustnej wyłącznie przez stomatologów i lek.-dent.

Zaświadczenia więc, wystawiane przez techników dent., jako leczących prywatnie, nie powinny być uznawane. Uzasadnienie tego wniosku ustawowo polega na tem, że technikom dentystycznym uprawnionym wolno wykonywać pewne zabiegi lecznicze tylko w tych wypadkach, w których okazuje się koniecznem wstawienie dostawki zębowej.

2) Ustawa dentystyczna, normująca uprawnionych techników dent., powodowała, iż niektóre wojewódzkie Urz. Zdrowia wydały okólniki, mylnie traktujące o uprawnieniach tychże techników. Ominięcie całego okresu stylistycznego, a mianowicie, że technik. dent. uprawnionym wolno wykonywać zabiegi lecznicze tylko w nieuniknionej konieczności przy wstawianiu dostawki zębowej, spowodowało chaos w pojęciu o możności leczenia przez techników. Niektóre więc Kasy Chor. powiatowe, wprowadzone w błąd przez techników dent. i przez okręgowych lekarzy, dopuszczają techn. dent. jako samoistnie pracujące siły lekarskie.

Wnosi więc, by R. C. memorjałem do Min. P. i O. Sp. spowodowała wydanie okólnika do Okr. Urz. Ubezp. Społ., polecając władzom w pow. Kasach Ch. przyjmowanie na samoistnych

lekarzy dent. wyłącznie jednostek o kwalifikacjach specjalistów-stomatologów i lek. dent., a techników dent. wyłącznie jako siły pomocnicze.

Uzasadnienie ustawowe wniosku znajduje się w ustawie o Kas. Ch., w której powiedziane jest wyraźnie, iż: pomocy udzielać mogą dyplomowani lekarze i lek. dent.; technicy dent. wyłącznie pod kierownictwem i odpowiedzialnością lekarza.

Obydwa wnioski zostały przyjęte.

Dr. Allerhand zapytuje, czy techników ubezpiecza się tylko w Kasach, odp. Ustawa o ubezpieczeniu pracowników umysłowych (broszura Kopankiewicza) reguluje tę sprawę. Wnioski lek. dent. ziem zachodnich uchwalono przekazać Zarządowi R. C.

Wniosek, zgłoszony do Prezydjum Zjazdu przez Związek Częstochow. Odontolg., na skutek zarządzenia przewodniczącego Zjazdu nie był rozpatrywany przez plenum i został przekazany Zarządowi R. P.

Dr. Allerhand ogłasza, iż w 1931 roku odbędzie się w Paryżu Międzynarodowy Zjazd Stomatologów i Lek.-Dent. Prof. Vilaine z Paryża zwrócił się do Prof. Cieszyńskiego, zapraszając polskich stomatolgów i lek. dent. na Zjazd i prosząc o propagowanie tego Zjazdu w Polsce.

Na wniosek kol. Ujejskiego złożono gorące podziękowanie przewodniczącemu Zjazdu kol. dr. Allerhandowi.

Uchwalono, by następny Zjazd delegatów R. C. odbył się za pół roku we Lwowie. Na tem Zjazd został zamknięty.

Przewodniczący Zjazdu Delegatów Rady Centr.
(—) *Dr. Allerhand.*

Lek.-dent. (—) *Lubczyński.*

O czem piszą?

W *La Stomatologia* (Nr. 5 r. b.) spotykamy ciekawy artykuł R. M o r i'ego o kauczuku syntetycznym wyrobu włoskiego (Ivrit), pracę S. T o v i a n i'ego o zębie mądrości oraz bardzo starannie opracowaną rzecz o podniebieniu miękkiem — jego rozwoju, budowie i różnych schorzeniach, pióra Q u. B r o c c h e t t i'ego. Pozatem w numerze

tym znajdujemy interesujący szkic historyczny R. B a b i n i'ego o patologji i terapji zębowej u ludów antycznych. W numerze 6 tegoż pisma spotykamy pracę A. B r u n e t t i'ego o podstawach fizycznych umocowania protez płytowych, C. G a s p a r i n i'ego o zwyrodnieniu starczem miazgi i M. B e r g a m i n i'ego o rodanku potasu w ślinie i jego stosunku do rozwoju próchnicy.

W numerze 5 *L'Odontologie* G. D e l a t e r pisze o bakterjach w miękkich tkankach przyzębnych. H. G i c k przytacza przyczynek do etjologji ropotoku zębodołowego, a M. R o y opisuje rzadki przypadek siekacza dolnego o dwóch kanałach.

W zeszycie V *D. Fortschritte d. Zahnheilkunde* spotykamy następujące prace: W. P r a e g e r a o chorobach miazgi, E. F e i l e r a o schorzeniach przywierzchołkowych, B. G o t t l i e b a o ropotoku przyzębnym i zębodołowym, R. W e b e r a o patologji i terapji zębów rozchwianych oraz J. M ü n c h a o plombach i metodach plombowania. Praeger zadał sobie trud zbadania, w jaki sposób zachowują się znajdujące się w miazdze włókienka nerwowe w przebiegu ostrego i przewlekłego zapalenia, po działaniu arszeniku i w różnych uszkodzeniach. Przyczem podaje swoją klasyfikację pulpitów. Omawiając schorzenia przywierzchołkowe, Feiler zastanawia się nad stosowaniem diatermji z jednoczesnem leczeniem przez kanał. Tą drogą otrzymuje A. doskonałe i szybkie wyniki: zarastanie przetok, zanik ziarniniaków i wyjaławiania kanalikow zębinowych. Osobny rozdział poświęcony jest leczeniu ropni przywierzchołkowych w zębach mlecznych. W zeszycie VI tegoż wydawnictwa spotykamy się z pracą O. M ü l l e r a o plombowaniu kanałów z miazgą żywą i martwą O. H ü b n e r a o błędach w utrzymywaniu zębów, metody zapobiegawcze, zęby mleczne, wrażliwość zębiny, stosowanie amalgamatu. J. M i s c h podaje socjalną hygjenę jamy ustnej. Jest to wyczerpująca praca oparta na przestudjowaniu ogromnego materjału, dająca dokładne pojęcie o tem, jak sprawa ta jest postawiona w Niemczech. Zasługują na wyróżnienie rozdziały o odżywianiu, ciąży, zakażeniu ustnem, i walce z próchnicą.

W dziale streszczeń z prac polskich znajdujemy artykuł T. Karnibada p. t. Antivirus Besredki w Stomatologji (Kronika Dentystyczna 1928 — V — VI).

W numerze 3 *The Dental Record* spotykamy T. R e a d a studja bakterjologiczne nad florą uszkodzeń w jamie ustnej, i H. K a m b e l l a „z praktyki regulacyjnej“. W N-rze 4 tegoż pisma A. B a l-

l a n t y n e zastanawia się nad pytaniem, czy zakażenie ustne jest mitem. E. L e v y rozważa, jaki wiek jest najodpowiedniejszy do przeprowadzenia regulacji, a C. M a t t h e w s pisze o wystawaniu szczęki górnej. W Nr. 5 spotykamy J. A r c l e'a „zęby w odniesieniu do oczu", C h. N o r d a o zaletach ortodentycznych przyrządów ruchomych. H. V i s i c k opisuje parę przypadków regulacji zgryzów wadliwych. W Nr. 6 W. Br o d e r i c h — „Dentystyka jako gałęź medycyny", G. N o r t h c r o f t — „Dwa przypadki ortodontyczne", H. M a r s k — „Ortodontja w praktyce ogólnej" i G. K o r k h a u s — „Studja nad dziedzicznością wadliwego zgryzu".

KSIĄŻKI NADESŁANE

1. F. *Hauptmeyer.* Wege zur erfogreichen Anwendung der Metall-Prothese.
2. Obchód jubileuszowy trzydziestoletniej pracy naukowej i społecznej Sławomira Miklaszewskiego. Warszawa 1929.
3. Sprawozdanie z działalności Rodziny Lekarskiej za rok 1929.
4. *E. Huet.* La technique du Meulage. Bruxelles 1930.
5. *A. Asgis.* Stomatologic Prophilaxis in Oral Medicine. New York City 1928.
6. *A. Asgis.* The Prevention of Pyorrhea. New York City. 1929.
7. *W. Humnicki.* Stanisław Bądzyński (1862 — 1929). Warszawa 1930.
8. *J. Baillière.* Bibliographie des livres Français de Médecine et de sciences. Premier supplement. Paris. 1930.
9. *Masson et C-ie.* Récentes publications Médicales 1930.
10. *E. Paul.* Dental-Optimax. Berlin 1928.
11. Katalog wydawnictw Kasy im. Mianowskiego instytutu popierania nauki. Warszawa 1930.
12. Nauka Polska, jej potrzeby, organizacja i rozwój. Wyd. Kasy im. Mianowskiego. Warszawa 1929.
13. Poradnik dla samouków. Wyd. Kasy im. Mianowskiego. Warszawa 1929.
14. *Stefan Żeromski.* Sprawa Kasy im. Mianowskiego. Wyd. Kasy im. Mianowskiego. Warszawa 1929.

ZJAZD W BRUKSELI MIĘDZYNARODOWEGO ZWIĄZKU DENTYSTYCZNEGO (F. D. I.)

Zjazd Międzynarodowego Związku Dentystycznego odbędzie się w roku bieżącym w Brukseli w czasie od 10 do 16 sierpnia w gmachu „Residence-Palace". W dniach 8 i 9 sierpnia otwartą będzie wystawa przemysłu dentystycznego i w tymże czasie odbędą się posiedzenia kongresu hygjeny zębowej.

W czasie zjazdu obradować będą wszystkie komisje nad sprawami, wchodzącemi w zakres ich działalności.

VIII Międzynarodowy Kongres Dentystyczny odbędzie się w Paryżu od 3 do 8 sierpnia roku 1931 w Wielkim Pałacu na Polach Elizejskich.

Spodziewany jest wielki zjazd Kolegów i obfitość dobrze opracowanych referatów, nad któremi zostanie rozwinięta poważna dyskusja. Pokazy wszelkie będą demonstrowane zapomocą epidiaskopu, tak, że każdy uczestnik zjazdu będzie mógł wszystko oglądać.

Szczegóły komunikuje Sekretarjat Generalny Zarządu.

45 Rue de la Tour d'Auvergne. Paris.

Odpowiedź Redakcji.

W. P. Lek.-Dent. I. Janiszewski i wW-wie. Z nadesłanego odpisu nie skorzystamy.

DRUKARNIA ZAKŁ. WYDAWN. M. ARCT, SP. AKC. W WARSZAWIE, CZERNIAKOWSKA 225.